

本別町一般不妊治療費助成受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療（又はその調剤の処方）を実施し、これに係る医療（調剤）費自己負担額を徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
代表者氏名

印

医療機関記入欄

受診者氏名	夫		妻		
受診者生年月日	年 月 日生（ 歳）		年 月 日生（ 歳）		
貴医療機関における治療開始年月日	年 月 日				
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日				
当該受診者が、今回行った一般不妊治療の内容について記入してください。					
・院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無） ・高額療養費限度額適用認定証の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）⇒有の場合 区分 ア・イ・ウ・エ・オ					
今回の一般不妊治療の自己負担額の合計（保険適用外も含む）					
円					
自己負担額の内訳					
診療年月	自己負担額	高額療養費の有無	診療年月	自己負担額	高額療養費の有無
年 4 月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年 10 月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年 5 月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年 11 月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年 6 月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年 12 月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年 7 月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年 1 月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年 8 月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年 2 月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
年 9 月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	年 3 月	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
院外処方本人負担額計※町記載					円

（記載上の注意）

- 1 当該受診者に関して行った一般不妊治療に係る者のみご記入ください。
- 2 文書料、個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、付加給付は含まないでください。
- 3 は、該当項目をチェックしてください。
- 4 院外処方の有無が「有」の場合は、薬局の領収書から町が記載します。